

Kostennachweis über die durchgeführte Verhinderungspflege

Mitgliedsnummer: _____

Familiennamen, Vorname des Pflegebedürftigen

Telefon/Telefax

Straße

PLZ

Ort

Erklärung der Ersatzpflegeperson:

1. Tageweise Verhinderungspflege (Die Pflegeperson ist mindestens 8 Stunden am Tag verhindert)

Ich habe vom _____ bis _____ die Versorgung der oben genannten Person übernommen.

Folgende Pflegeleistungen wurden im oben genannten Zeitraum durchgeführt:

Als Entgelt habe ich dafür _____ EUR erhalten.

(Ein Stundensatz von _____ EUR wurde vereinbart)

2. Stundenweise Verhinderungspflege (Die Pflegeperson ist weniger als 8 Stunden am Tag verhindert)

Folgende Pflegeleistungen wurden im oben genannten Zeitraum durchgeführt:

Datum	Anzahl Stunden	Datum	Anzahl Stunden	Datum	Anzahl Stunden

Als Entgelt habe ich dafür _____ EUR erhalten.
(Ein Stundensatz von _____ EUR wurde vereinbart)

3. Grund der Verhinderung der Pflegeperson

- wegen Erholungsurlaub
 aus sonstigen Gründen: _____ (Angabe des Grundes)

4. Angaben zur Ersatzpflegeperson / zum Pflegedienst

- private Ersatzpflegeperson Pflegedienst (Bitte Originalrechnung einreichen)

Name, Vorname der Ersatzpflegeperson/ Name des Pflegedienstes Telefon/Telefax

Anschrift der Ersatzpflegeperson/ des Pflegedienstes

Ort, Datum Unterschrift der Ersatzpflegeperson / des Pflegedienstes

Die Ersatzpflegeperson ist mit der pflegebedürftigen Person verwandt (bis zum zweiten Grad) oder
verschwägert? Ja Nein

Bestätigung des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters:

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit der vorgenannten Angaben.

Ort, Datum Unterschrift